

Datos del Seguro

Tipo de Solicitud: Emisión Modificación Inclusión Fecha de Solicitud: 25/06/2025
 Tipo de Póliza: Individual Flota /Colectivo Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /
 Frecuencia de Pago: Anual Semestral Trimestral Mensual Otra: Sucursal: Caracas

Datos del Tomador

Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social: Rosario Padron Andrade C.I. / Pasaporte / R.I.F.: 11.032.441
 Nacionalidad: Venezolana Estado Civil: Soltero Sexo: M F
 Lugar de Nacimiento: Caracas Fecha de Nacimiento: 29/11/1971 Edad: 54
 Dirección de Habitación: Avda Palo Verde, Piso 3 Apto 32, Urb. Palo Verde, Caracas
 Municipio: Sucre Parroquia: Petare Ciudad: Caracas
 Estado: Miranda Teléfono: 0424-156.62.87 Correo Electrónico: Padronrosario29@gmail.com
 Dirección de Cobro: CAMPO ALEGRE CHACAO
 Estado: Miranda Municipio/Parroquia: Petare Ciudad: Caracas
 Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad Económica: Ingreso Anual (moneda USD):
 Tipo de Actividad: Socio Trabajador independiente Empleado Cargo que desempeña:
 Dirección de la Empresa donde trabaja: Campo Alegre - Chacao
 Nombre de la empresa: Clínica Sanatrix - Chacao Teléfono: 0424-156 6287
 Indique si el Tomador será el Asegurado Titular: Si No

Datos del Propuesto Asegurado (Llenar solo si es diferente al Tomador)

Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social: C.I. / Pasaporte / R.I.F.:
 Nacionalidad: Estado Civil: Seleccione Sexo: M F
 Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento: / / Edad:
 Empresa donde trabaja: Fecha de Ingreso: / /
 Dirección de la Empresa donde trabaja: Teléfono:
 Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad Económica: Ingreso Anual (moneda SELECCIONAR):
 Dirección de Habitación:
 Municipio: Parroquia: Ciudad:
 Estado: Teléfono: Correo Electrónico:

Datos del Tomador/Propuesto Asegurado si es Persona Jurídica

Nombre registro mercantil: Rosario Padron Andrade Nro.: Tomo: Fecha de Constitución: / /
 Naturaleza de la Empresa: Pública Privada Objeto o razón social:
 Actividad económica: Profesional Comercial Industrial Especifique:
 Productos y servicios que ofrece: Utilidad del ejercicio económico anterior Patrimonio último estado de resultados
 Dirección de la Empresa:
 Municipio: Parroquia: Ciudad:
 Estado: Teléfono: Correo Electrónico:
 Apellidos y Nombres del Representante Legal: C.I. / Pasaporte:
 Dirección del Representante:
 Estado: Municipio/Parroquia: Ciudad:
 Actividad Económica: Teléfono: Correo Electrónico:

Datos del Vehículo

Nro. Placa: AK029FA Modelo: CHEROKEE Marca: JEEP Año: 2014 Clase: PARTICULAR
 Nro. Puestos: 5 Peso Kg o Capacidad TM: Nuevo: Si No Kilometraje:
 Serial carrocería: Serial motor: Nro. Certificado de origen: Certificado de Registro de Vehículo (Título)
 N/A 8Y4PJ2CK5EG001430
 Color: Plata Transmisión: Sincrónica Automática Importado: Si No
 Conductor habitual del vehículo: Propietario Conyugue Hijo Chofer Otro (especifique):
 ¿El Vehículo es de carga? Si No En caso afirmativo especifique mercancía que transporta:
 ¿Transporta material inflamable o explosivos? Si No Estado (lugar) de uso habitual del vehículo: Area Metropolitana
 El estacionamiento del vehículo es: Diurno en: Privado Público Vía pública Nocturno en: Privado Público Vía pública
 Tiempo aproximado de su residencia a su lugar de trabajo (horas): 30

Dispositivos de Seguridad

Alarma Alarma - cortacorriente Cortacorriente convencional Sistema Satelital
 Tranca palanca Tranca pedales Bóveda Otro (especifique):

Coberturas a Contratar

Casco de Vehículos Terrestres

Cobertura Básica	Suma Asegurada (moneda:USD)	Deducible (%)
Cobertura Amplia <input checked="" type="checkbox"/>	16200	
Pérdida Total <input type="checkbox"/>		
Pérdida Parcial <input type="checkbox"/>		
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos <input checked="" type="checkbox"/>	Riesgos Catastróficos	<input type="checkbox"/>

Coberturas Opcionales (el Tomador no está obligado a contratarlas)

Responsabilidad Civil de Vehículos Básica <input type="checkbox"/>	Indemnización diaria (por robo o hurto) <input type="checkbox"/>
Exceso de Límite <input type="checkbox"/>	Asistencia Legal y Defensa Penal <input type="checkbox"/>
Accidentes Personales para Ocupantes <input type="checkbox"/>	Muerte Accidental Invalidez Total o Parcial Permanente Gastos Médicos y de Farmacia
Gastos Funerarios (en caso de accidente de tránsito) <input type="checkbox"/>	

Accesorios (No originales)

Descripción del Accesorio	Monto (moneda:USD)	Descripción del Accesorio	Monto (moneda:USD)
Aire acondicionado		Rines especiales	
Radio reproductor			

Datos Complementarios

Nombres y Apellidos/Razón Social del Beneficiario preferencial: _____ C.I. / Pasaporte / R.I.F.: _____
 ¿Existen otros Seguros vigentes sobre el Vehículo? Si No Empresa o Cooperativa de Seguros: _____
 Fecha de vencimiento de la Cobertura: / / Tipo: _____
 ¿Ha sido rechazada alguna solicitud de emisión de Póliza, renovación o modificación sobre el Vehículo a asegurar en otra Empresa o Cooperativa de Seguros? Si No Especifique: _____
 ¿Ha sufrido algún siniestro con anterioridad transitando con el Vehículo? Si No Tipo: Elija un elemento _____
 Fecha: / / Monto: _____ Especifique los daños: _____

Intermediario(s)

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma
Belkys Sabina Velasco	582	100	

Forma de Pago de la Prima

Forma de pago: Cheque Transferencia Domiciliación de Cobro Moneda: Bolívares
 Instrumento para domiciliación: Cuenta Corriente Cuenta de Ahorro Tarjeta de Crédito
 Nro. Instrumento: _____
 Banco: _____ Fecha de vencimiento de la Tarjeta: / /

Declaración de Fe

Yo, Rosario Padron Andrade, como propuesto asegurado, en mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que esta servirá de base a La Mundial C.A. Venezolana de Seguros de Crédito para la emisión de la póliza y el cobro de la prima.

Yo, Rosario Padron Andrade, en mi carácter de tomador doy fe, que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita, y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o, acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Administración de Riesgo de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora.

Fechado en Ciudad Caracas, el 26 de junio de 2025

Firmas

Firma y huella dactilar del Tomador	Cédula de Identidad del Tomador	Firma y huella dactilar del Propuesto Asegurado	Cédula de Identidad del Propuesto Asegurado